

THÈSE 364

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Fernand DUFAU

Né à Léon (Landes), le 30 Septembre 1884)

DU ROLE

Des différentes formes de traumatisme

DANS LA GENÈSE DE LA

Kératite interstitielle

Président : M. le Professeur DE LAPERSONNE

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^t). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

—
JUIN 1911

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE 364

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Fernand DUFAU

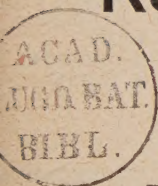
Né à Léon (Landes), le 30 Septembre 1884)

DU ROLE

Des différentes formes de traumatisme

DANS LA GENÈSE DE LA

Kératite interstitielle



Président : M. le Professeur DE LAPERSONNE

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^t). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

JUIN 1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GABRIEL
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale		WIDAL
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSON
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale		GILBERT
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BAL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		
		PIERRE DELB
Clinique chirurgicale		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSOL
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements		PINARD
		RIBEMONT-D
		SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBRÉDANN
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINCEAU	GREGOIRE	LERI	REITTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LÉPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE	OKYNCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1778, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

AVERTISSEMENT

Au moment où se termine notre vie d'étudiant, nous tenons à remplir un devoir de reconnaissance en remerciant publiquement nos anciens maîtres.

En premier lieu, le docteur R. Joqs, à qui nous devons l'idée de ce travail.

En excellent clinicien, il pensa que le meilleur moyen d'apprendre l'ophtalmologie était de l'étudier sur les malades, aussi, nous ouvrit-il les portes de sa clinique dès notre première année d'études. Il fut pour nous le guide sûr et bon qui, sans se décourager, nous fit profiter petit à petit de sa grande expérience. Il ne nous a point fait de grandes leçons théoriques, mais il nous a appris, ce qui nous sera bien plus utile, à examiner méthodiquement

les malades, et à ne laisser passer aucun symptôme pouvant aider au diagnostic. Il sut ainsi nous faire vaincre une à une toutes les difficultés du début et à nous faire paraître facile ce qui d'abord nous paraissait inabordable. Nous nous souviendrons toujours de ses bontés et nous le prions de recevoir ici l'hommage de notre affectueuse reconnaissance.

Merci aussi à notre premier maître dans les hôpitaux, M. Oettinger, qui nous accepta dans son service comme bénévole, et nous fit ensuite l'honneur de nous donner une place d'externe. C'est à cet excellent clinicien que nous devons le meilleur de nos connaissances médicales. Nous n'oublierons pas les deux excellentes années que nous avons passées dans son service à l'hôpital Broussais.

Merci encore à tous nos autres maîtres : le docteur Rieffel, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux ; les professeurs Widal, Reclus, Albarran, le regretté docteur Huchard, le professeur Pinard, enfin le docteur Rochon Duvinet, ophtalmologiste des hôpitaux, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, qui fut parmi tous nos maîtres un des plus bienveillants, et qui nous fit largement profiter de

sa science pendant les mois trop courts que nous avons passés chez lui, à l'hôpital Laennec.

Nous remercions enfin M. le professeur de Lapersonne du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I^{er}

Etiologie de la Kératite interstitielle

Nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique du Dr Jocqs plusieurs de ces kératites interstitielles survenues à la suite d'un traumatisme oculaire. Sous l'inspiration de notre maître, nous avons cherché à déterminer le rôle que joue le traumatisme dans la genèse de cette affection.

Le sujet n'est sans doute pas nouveau, mais il nous a semblé que les auteurs ont jusqu'à l'heure, attribué au traumatisme lui-même beaucoup plus d'importance qu'il n'en méritait ; nous croyons, en effet, que les cas de kératite interstitielles purement traumatiques sont très rares, le traumatisme n'intervenant le plus souvent que pour révéler ou réveiller une diathèse antérieure.

Importante au point de vue clinique et thérapeutique, cette étude l'est moins au point de vue médi-

co-légal, la loi sur les accidents du travail ne tenant pas compte de l'état antérieur du sujet « attendu que la détermination de l'indemnité que la loi met à la charge du chef d'entreprise, dépend de la combinaison de deux éléments : le salaire annuel de l'ouvrier d'une part, les facultés de travail que lui laisse l'accident d'autre part, qu'il n'est pas permis au juge d'évaluer les facultés de travail d'après les suites que l'accident aurait eues sous la prédisposition morbide de la victime, qu'il ne doit prendre en considération pour faire cette évaluation que le salaire de l'ouvrier blessé pourra gagner dorénavant, rapproché de celui qu'il gagnait auparavant... » (Cour de cassation 31 juillet 1906). « L'état d'infériorité dans lequel se trouvait la victime avant l'accident importe peu au point de vue de la détermination de son état actuel. » (Cour de cassation, 23 août 1902).

Après avoir dit quelques mots de l'étiologie de la kératite interstitielle nous étudierons un certain nombre d'observations de kératites survenues à la suite de traumatismes.

Jusqu'à l'heure, on les divisait en deux groupes : en kératites unilatérales et kératites bilatérales, ou bien d'après l'état antérieur du sujet en kératites chez les hérédos-syphilitiques, syphilitiques, tuberculeux, rhumatisants, etc., et kératites chez les sujets sans tare cliniquement appréciables.

Nous avons pensé qu'il était plus intéressant d'é-

tudier la nature même du traumatisme. Nous avons réuni 60 observations que nous avons divisées en quatre groupes, et c'est dans les deux derniers que l'action du traumatisme nous a paru particulièrement nette et précise.

1^{er} groupe : kératites survenues chez un sujet qui a reçu des poussières dans l'œil.

2^e groupe : kératites survenues à la suite d'un traumatisme direct de l'œil sans lésion de la cornée.

3^e groupe : kératites survenues à la suite de brûlure de l'œil par acide, alcali, plâtre, chaux, ciment, etc.

4^e groupe : kératites survenues à la suite de corps étrangers, érosions, plaies de la cornée.

La question de l'étiologie de la kératite interstitielle a donné lieu à de nombreuses controverses.

Sichel et la majorité des auteurs, *Lawrence*, *Tyrrel*, *Walker*, *Arlt*, etc., prétendaient que la kératite interstitielle survient plus fréquemment chez les sujets scrofuleux que chez les autres. *Mackensie* en 1866 (*Traité des maladies de l'œil*) en donnait déjà une excellente description sous le nom de « cornéite scrofuleuse ».

Panas ayant remarqué qu'elle se rencontre surtout chez des malades ayant des signes de déchéance physique la considérait comme une manifestation d'un organisme en souffrance.

En 1871, dans une discussion mémorable à la So-

ciété de chirurgie il défendait son opinion disant qu'on la rencontre surtout dans la classe pauvre « qui est la seule tributaire ou à peu près » et un de ses élèves, Le Dauphin (Thèse de Paris 1875) écrivait que c'était la « kératite de la pauvreté ».

Hutchinson dès 1857 avait été frappé par la coexistence de la kératite interstitielle avec des accidents de syphilis héréditaire et il écrivait : « Je ne serai pas absolu au point d'affirmer que la kératite interstitielle de forme typique ne se rencontre que chez les sujets atteints de syphilis héréditaire, mais je ne cacherai pas que c'est là ma conviction. »

Son opinion fut rapidement acceptée en Angleterre. En 1860, Stanley et Pridgintea (Medical times and gazette) publièrent des observations de kératite interstitielle liée à la syphilis héréditaire, Watson, Taylor, Dixon, Paget, Galligo, Haller, Lawrence, en citèrent bientôt de nouveaux cas.

En France, cette étiologie trouva d'abord peu de partisans. En 1871 dans la discussion soulevée à la Société de chirurgie, elle fut vivement combattue particulièrement par Panas, cependant que Giraud, Teulon et Dermaquay l'acceptaient.

Peu à peu elle fut admise par tout le monde comme témoignent les statistiques de Horner, Dietlen, Sœmisch, de Wecker, Abadie, Parinaud, Trousseau, Fournier, etc.

Mais si la kératite interstitielle se rencontre le plus souvent chez les hérédosyphilitiques, on peut

la trouver aussi dans d'autres circonstances. Armaignac prétend même que dans le tiers des cas on la rencontre chez des sujets exempts de toute tare spécifique. La tuberculose, la goutte, le rhumatisme, l'impaludisme, l'influenza et beaucoup d'autres maladies infectieuses et dyscrasiques ont été incriminées par différents auteurs.

Depuis quelques années les lois sur les accidents du travail votées dans un grand nombre de pays ont attiré l'attention sur un nouveau facteur étiologique, le traumatisme.

Cette origine fut discutée pour la première fois au Congrès des oculistes des provinces rhénanes et westphaliennes à Dusseldorf en 1905, puis à la Société belge d'ophtalmologie en août 1907, au Congrès de Heidelberg en février 1908, à Dusseldorf encore en 1908, en septembre de la même année au Congrès des naturalistes et médecins allemands à Cologne.

Ronnaux, dans sa thèse de Paris 1908 étudie ce sujet et passe en revue quelques observations dont plusieurs personnelles.

M. Hœber Marx lui consacre aussi sa thèse, Zurich 1909.

En 1910, dans une intéressante communication à la Société d'ophtalmologie, Antonelli porte plusieurs observations personnelle et expose la question à son point de vue.

Dans sa thèse soutenue à Lyon en novembre 1910,

A. Badet parle des « kératites parenchymateuses traumatiques unilatérales et bilatérales ».

Enfin le 3 mai 1911 au Congrès de la Société française d'ophtalmologie le Dr Terrien faisait une communication très écoutée sur la « valeur du traumatisme dans la genèse de la kératite interstitielle ».

Le problème ainsi posé a été résolu de façons très différentes, et aujourd'hui encore l'accord est loin d'être fait.

Au Congrès de Dusseldorf, Michel et Leber critiquèrent les observations de kératites interstitielles traumatiques.

A Heidelberg, Hippel dans sa communication combat vigoureusement l'origine traumatique de la kératite. En étudiant séparément les observations publiées à ce sujet il les divise en deux groupes : les unes, celles de Bietti, Brener, Bredski, Scheffels, Plange rentrent dans le cadre de la kératite disciforme de Fuchs ; quant aux autres publiées par Browner, Armaignac, Czapodi, Dodd, Hummelsheim, Perlia, Campbell, Ohm, il n'admet pas non plus leur origine traumatique. Dans les cas, dit-il, où l'affection fut bilatérale, on a affirmé la nature traumatique de la kératite et admis que l'affection du second œil était en rapport causal avec l'affection du premier. On peut objecter que le nombre de cas est trop faible pour qu'on puisse écarter l'idée d'une coïncidence, qu'il n'est pas certain que le début de la kératite n'ait pas précédé le traumatisme. On ne peut établir d'analogie entre le fait que le trauma-

tisme peut localiser dans d'autres régions du corps les processus syphilitiques ou tuberculeux, et ce qui l'observe pour la kératite parenchymateuse puisqu'il ne s'agit pas d'une inflammation syphilitique ou tuberculeuse de la cornée.

Si l'on met l'affection du deuxième œil sous la dépendance de l'affection du premier on suppose une kératite parenchymateuse sympathique, mais on ne peut admettre une action vaso-motrice transmettant l'irritation puisque les expériences de Wessely et de Rømer contredisent cette hypothèse. D'ailleurs l'affection du deuxième œil ne débute en général qu'après la guérison du premier.

Il conclut en disant que les faits actuellement réunis ne prouvent pas le rôle étiologique du traumatisme dans la kératite interstitielle.

Depuis lors des observations sont venues de tous côtés s'ajouter à celles déjà publiées et il est aujourd'hui démontré que le traumatisme peut être la cause occasionnelle parfois même efficiente de la kératite interstitielle.

Pour que cette affection puisse être attribuée au traumatisme il faut que plusieurs conditions essentielles soient remplies. Ces conditions, Antonelli les a très bien formulées dans sa communication à la Société française d'ophtalmologie :

- 1^o Cornée absolument saine avant le trauma.
- 2^o Existence d'un traumatisme dûment constaté.
- 3^o Apparition de l'affection dans un bref délai après l'accident.

La première condition est de beaucoup la plus difficile à vérifier car le plus souvent le médecin, appelé à donner son avis sur une affection récente de l'œil, n'a jamais vu le malade, et ne possède aucun renseignement sur lui. Il en va autrement lorsque c'est un client qu'il connaît bien, ou qu'un confrère peut répondre du parfait état antérieur de la victime.

Rien n'est plus difficile en effet que le diagnostic de la kératite interstitielle au début, avant l'apparition de l'infiltration cornéenne ; les seuls symptômes appréciables sont un peu de photophobie et de larmoiement avec de l'hypérémie conjonctivale qui n'ont rien de caractéristique.

Les dires du blessé sont parfois sujets à caution ; souvent de bonne foi, ils rattachent volontiers à un accident l'affection qui l'a suivi de plus ou moins près, « post hoc, ergo propter hoc », et nous ne saurions le leur reprocher. D'autres fois leur mauvaise foi est évidente : tel un de nos malades qui prétendait très bien voir de l'œil blessé au moment de l'accident, alors que l'examen nous permettait de constater une atrophie optique de date ancienne avec strabisme interne.

Malgré tout, le plus souvent, l'oculiste en sera réduit au simple interrogatoire du malade sauf pour les employés de certaines administrations (comme les chemins de fer) qui, avant d'entrer en service, subissent un examen ophtalmologique complet.

L'existence d'un traumatisme est plus facile à prouver. Parfois le médecin a l'occasion de voir lui-même le corps du délit : corps étranger, érosion cornéenne, brûlure par acides, etc., comme c'est le cas dans nos deux derniers groupes d'observations. Au contraire, lorsqu'il s'agit d'un simple choc sur le globe oculaire ou d'entrée de poussières dans les yeux, la preuve devient le plus souvent très difficile.

Dans les accidents de travail l'ouvrier fera tout son possible pour se faire payer par les compagnies d'assurance, et d'autre part le patron, qui est chargé de faire la déclaration, ne refusera jamais de la faire quand il s'agit d'un de ses ouvriers, alors même que l'accident ne lui paraîtra pas bien établi.

Lorsqu'il s'agit d'un malade qui n'a aucun intérêt à rattacher son affection à un traumatisme, comme c'est le cas dans plusieurs observations, ou lorsque, malgré leurs intérêts opposés, d'autres personnes affirment la réalité du traumatisme, celui-ci prend tout de suite une grande importance.

Il faut aussi que l'affection débute vite après la cause incriminée. Il serait aussi imprudent d'attribuer à un traumatisme datant du jour même ou de la veille une kératite avec infiltration déjà intense, que de le rendre responsable de la maladie survenue plusieurs mois après, jusqu'à 7 mois comme le prétendit Scheffels.

Les auteurs ne sont pas d'accord pour déterminer

les limites maxima et minima d'apparition de la maladie ; mais il nous semble qu'un intervalle de 3 à 8 jours répond à la grande majorité des cas. Ce temps peut être augmenté lorsqu'il y a eu une ulcération de la cornée qui peut ne se compliquer de kératite que deux ou trois semaines plus tard.

Il est encore d'autres facteurs dont il sera bon de tenir compte comme le fait très bien remarquer le Dr Terrien dans sa communication au congrès d'ophtalmologie, mai 1911 ; le début de l'infiltration au niveau du point blessé, la durée plus courte de la maladie, son unilatéralité, l'âge relativement avancé du sujet et son état antérieur.

Dans la kératite de Hutchinson spontanée, l'infiltration débute généralement au niveau d'un des bords de la cornée pour l'envahir petit à petit tout entière en passant par le centre. Si à la suite d'un corps étranger ou d'une ulcération cornéenne l'infiltration débute au niveau du point blessé pour s'étendre ensuite de proche en proche, c'est un bon signe en faveur de l'origine traumatique.

De même la kératite hérédo-syphilitique dure beaucoup plus longtemps que la kératite traumatique dont on a vu des révolutions complétées très rapides.

Plus le sujet sera âgé, et plus l'étiologie traumatique sera vraisemblable. Nous savons en effet que la kératite d'Hutchinson fait son apparition chez les enfants ou les adolescents avant 20 ans, mais nous

n'irons pas pour cela jusqu'à prétendre avec Michel qu'elle n'apparaît jamais après 15 ans. Si donc l'affection se présente chez un sujet qui a dépassé la trentaine il y a de fortes présomptions en faveur de l'action du traumatisme.

Enfin, l'unitéralité de l'affection plaide aussi pour la même cause, car la kératite spontanée est le plus souvent double. Un des facteurs les plus intéressants à étudier est l'état antérieur du sujet.

Le traumatisme peut en effet agir de deux façons différentes comme cause efficiente ou comme cause occasionnelle.

C'est précisément l'état antérieur du sujet d'une part, son âge, l'unilatéralité de l'affection, son évolution au niveau du point blessé et sa résolution rapide qui vont nous permettre de mettre en évidence ces deux actions bien différentes.

Nous diviserons les malades en deux classes : d'un côté ceux qui ont des signes très nets de syphilis héréditaire et ceux qui n'en ont pas du tout ou en ont de très frustes.

Tandis qu'Antonelli pensait que chez les hérédosyphilitiques la kératite traumatique reste unilatérale, alors que la kératite spontanée est le plus souvent bilatérale, nous affirmons au contraire que la kératite survenue à la suite d'un traumatisme chez un hérédosyphilitique est le plus souvent double.

En effet, sur nos 60 observations nous trouvons dans 33 cas des sujets nettement hérédosyphiliti-

ques ; or, 23 fois la kératite a été bilatérale, 10 fois seulement unilatérale.

Sur les 27 cas exempts cliniquement de tare spécifique, 8 fois la lésion a été bilatérale, et 19 fois unilatérale.

Ces chiffres prouvent suffisamment l'action de l'état antérieur. Il en est de même si nous considérons l'âge des sujets, nous trouvons qu'il s'agit de jeunes gens quand ce sont des spécifiques, tandis que dans les autres cas la moyenne de l'âge est au-dessus de 20 ans.

Nous n'avons pas cru devoir faire la moyenne de l'âge parce qu'il nous manquait dans trop de cas, elle nous paraissait devoir être alors trop loin de la vérité.

Quelle est dans ces différents cas la valeur du traumatisme, a-t-il agi comme cause efficiente ou seulement comme cause occasionnelle ?

Il faut pour cela étudier séparément les observations où la maladie a été unilatérale et celles où elle a été bilatérale.

Dans le premier cas, si toutes les conditions que nous avons formulées plus haut sont réunies, nous ne faisons pas de difficultés à reconnaître l'action directe du traumatisme surtout s'il s'agit d'un sujet âgé sans tare spécifique appréciable, et si la lésion débutant au point blessé a évolué rapidement. Même chez les spécifiques âgés nous acceptons volontiers l'action du traumatisme, parce qu'ils sont

arrivés à une période où l'affection est exceptionnelle, et il est alors probable que sans leur accident ils n'auraient jamais été atteints.

Nous discuterons d'ailleurs plus loin chaque observation séparément. Quant aux kératites bilatérales nous leur refuserons en bloc le titre de kératites traumatiques ; le trauma n'a été que la cause occasionnelle, la véritable cause étant la tare antérieure révélée ou réveillée par l'accident : ce sont des kératites hérido-syphilitiques ou d'une autre nature, survenues à la suite d'un traumatisme.

Ce sont ces cas de bilatéralité qui ont donné lieu à de nombreuses discussions : tandis que les uns expliquaient l'affection du second œil par la sympathie, les autres ne voyaient qu'une simple coïncidence entre le trauma et la maladie.

Perlia et Guillery disent que les troubles circulatoires dans le segment antérieur de l'œil le premier atteint, et l'hypérémie réflexe sur l'autre œil peuvent produire dans ce dernier des troubles de nutrition et d'échanges organiques capables de favoriser l'action du métabolisme toxinique ou microbien cause de la kératite.

Bach après des expériences minutieuses conclut à une action réflexe ayant les nerfs ciliaires comme conducteurs.

Deutschmann croit à une action microbienne passant du premier œil au second par l'intermédiaire des gaines lymphatiques du nerf optique.

Chalupecki enfin pense que les toxines passent de l'œil blessé à l'autre par la voie lymphatique et préparent le terrain au développement de l'affection.

Ces théories estent des théories, elles n'ont pas fait avancer la question, nous ne savons pas du tout comment l'œil malade influence le sain, mais ce qui est évident, c'est que derrière le traumatisme se trouve la tare antérieure qui par un mécanisme quelconque sympathique, microbiën ou toxique aboutit à fixer le mal sur l'autre œil.

Nous allons maintenant passer en revue les observations que nous avons réunies et voir le rôle que le traumatisme a joué dans leur développement.

CHAPITRE II

1^{er} groupe

Kératites survenues chez un sujet qui a reçu des poussières dans l'œil

OBSERVATION I

Siegrist. Die Verletzung des Auges und ihre Behandlung Korrespondenz bl. f. Schweizer Aerzte 1906 n° 11

Un homme âgé de 26 ans ne présentant pas de stigmates nets d'aucune tare à part quelques petits ganglions cervicaux ayant reçu de la poussière dans un œil en voyageant en chemin de fer eut consécutivement une kératite de l'œil traumatisé.

OBSERVATION II

(Antonelli, Bulletin et mémoire de la Société française d'ophtalmologie 1910).

M... 20 ans charretier. Le 21 octobre 1909 en enlevant à la pelle du matériel de démolition reçoit de la poussière dans l'œil droit se fait soigner dès le lendemain. Antouelli ne le voit que le 18 novembre. Il constate alors une keratite interstitielle typique avec infiltration intense des deux tiers de la membrane laissant seulement le tiers supéro nasal assez transparent pour montrer l'iris normal et la pupille suffisamment dilatée par l'atropine.

L'examen de cet œil est impossible mais l'autre dont l'acuité visuelle égale 1 à le fond d'œil normal avec une vaste excavation physiologique de la papille.

Le malade est l'ainé de 12 enfants dont 6 sont morts en bas âge. A part des malformations dentaires mal caractérisés d'ailleurs et une taille assez petite il ne présente pas des stigmates hérédosyphilitiques classiques.

La kératite suivit son cours avec vascularisation qui était encore en feutrage serré le 31 décembre ; la régression fut très lente car le 22 mars 1910 la cornée était encore assez trouble avec des restes de vaisseaux néoformés et une acuité visuelle de 0,1 à peine.

Le 26 avril $V = 0,2$ elle remonte à 0,4 le 21 mai et l'examen du fond d'œil devient possible.

On constate alors deux plaques de fibres à myéline en flammèche longeant tout à fait le bord papillaire, l'une très blanche, vaste presque comme le champ papillaire, inféro nasale (image renversé) l'autre grisâtre un peu plus petite inféro temporale, les deux sillonnées par les branches de l'arbre vasculaire central.

L'autre œil reste toujours indemne.

OBSERVATION III

(Hœber thèse de Zurich 1909)

X... 19 ans ne présentant aucun stigmaté d'hérédosyphilis, ayant les yeux en bon état auparavant, reçoit dans les yeux à plusieurs reprises de la poussière d'une machine à nettoyer les couteaux. Ces poussières produisent une irritation oculaire. Deux jours après on constatait une kératite parinchymateuse de l'œil droit (cornée louche avec petites taches plus opaques dans les couches moyennes, louche plus marqué au centre) avec V = compte les doigts à 4 m.

Deux jours après vascularisation légère.

Un mois après le début de la kératite de l'œil droit, qui commence à régresser, l'œil gauche, qui était en bon état, présente un début d'opacification dans le segment supéro-externe. Deux mois après la première constatation, le malade présentait encore un léger trouble des deux cornées.

OBSERVATION IV

(Docteur Moreau, « Loire Médicale », septembre 1910.)

V...; 10 ans, le 17 avril 1910 reçoit de la poussière dans l'œil gauche. Pendant 3 heures, se frotte les yeux pour enlever le corps étranger qui la gêne. Son institutrice retire un petit gravier. 4 jours après apparaît un petit brouillard devant l'œil gauche, il va toujours en augmentant. Le 7 mai est conduite à la visite du Dr Moreau qui constate une infiltration diffuse des couches profondes de toute la cornée.

A l'œil droit il constate un minuscule triangle d'infiltration cornéenne profonde en haut et en dedans ; rien à noter à l'iris ni au fond d'œil.

Le 25 mai, l'opacification cornéenne est complète à gauche ; à droite, elle gagne du terrain vers le centre.

Le 11 juin, la résorption commence à gauche ; à droite toute la cornée est envahie.

Le 21 juillet la malade quitte le service, la résorption étant très avancée à gauche et bien sensible à droite.

Le 9 octobre il persiste à droite quelques petits points opaques séparés et minuscules en face du champ pupillaire. $V = 1/2$ après correction.

A gauche il existe un petit pointillé superficiel à la partie supérieure de la cornée. $V = 1$.

L'enfant ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire et cependant elle est certainement hérédosyphilitique, car sa mère a eu 4 fausses couches avant la naissance de la petite malade. Elles se produisirent de plus en plus près du terme et furent compliquées d'hydramnios. L'enfant en question est née à 8 mois. Deux autres enfants naquirent ensuite à terme et ne présentèrent aucun symptôme de syphilis héréditaire.

Le père est mort de paralysie générale.

OBSERVATION V

(José de Gonzalès, « Anales de ophth. », octobre 1910.)

Jeune homme de 14 ans, n'ayant jamais souffert des yeux, reçoit, en réglant une lampe de carbure de calcium, un peu de poudre dans l'œil gauche.

La douleur immédiate fut calmée par des lavages, mais

il persista de l'injection conjonctivale sans altération de la cornée ni trouble de la vision. Au 10^e jour, la cornée devint d'une blancheur diffuse et la vision fut rapidement réduite à la simple perception lumineuse.

Le Dr José de Gonzalès vit le malade trois mois après l'accident ; il fit alors les constatations suivantes :

Oeil droit normal.

Oeil gauche, injection périkeratique ; existence, sur la cornée, d'un grand nombre de points blancs, à peu près du diamètre d'une tête d'épingle, recouverts de l'épithélium intact, sans saillie, et séparés entr'eux par des intervalles de cornée les uns parfaitement transparents, les autres d'une opacité plus ou moins diffuse mais non très dense.

L'œil n'était pas douloureux ; iris difficilement explo-
rable mais paraissant normal ; examen ophtalmologique impossible. $V = 1/10$.

Pas de surdité, dents d'Hutchinson caractéristiques, légère pigmentation péripapillaire de l'autre œil. Le père avait eu la syphilis.

Traitement. — Frictions mercurielles, iodure de potassium, atropine dionine. Un mois après le début du traitement, la cornée était presque complètement éclaircie, sauf deux ou trois nodules. $V = 0,9$. L'autre œil resta sain.

OBSERVATION VI

(Personnelle. Clinique du Docteur Joqs.)

L..., 27 ans, garçon de magasin. Se présente à la consultation le 26 mars 1910 et déclare avoir reçu de la poussière dans l'œil gauche.

A l'examen, on constate une hyperémie de la conjonction. $V = 0,9$ des deux yeux. On porte un diagnostic très bénin.

Le 29, on constate un trouble de la cornée à la partie externe et un léger anneau d'injection périkeratique. La pupille se dilate bien par l'atropine.

4 avril. La kératite parinchymateuse est typique.

10 avril. Le malade présente de la photophobie et du larmolement de l'œil droit, la conjonctive est injectée.

13 avril. La cornée droite est prise à son tour, elle commence à se troubler, alors que du côté gauche la vascularisation se produit.

25 avril. La cornée gauche s'éclaircit, la droite est tout à fait trouble, le malade y voit à peine assez pour venir à la consultation.

6 mai. Résolution à peu près complète à gauche. A droite, vascularisation.

20 mai. La résorption à droite se fait rapidement.

10 juin. Le malade reprend son travail. $V = 0,9$ de chaque œil.

Le malade nie tout antécédent héréditaire et personnel. On ne remarque chez lui qu'une très mauvaise dentition, dents petites et inégales.

Un premier fait nous frappe dans cette série d'observations : c'est leur nombre restreint, 6 cas seulement ; c'est bien peu si l'on considère que tout le monde reçoit un jour ou l'autre des poussières dans son œil, et que dans certaines professions on en reçoit continuellement.

En les regardant de près, nous voyons qu'aucune ne remplit les conditions que nous avons formulées plus haut.

Dans 3 cas, (observations 3, 4 et 6), l'affection a été bilatérale, ce qui suffit déjà à nous faire rejeter l'action prédominante du traumatisme.

De plus, dans l'observation 3, l'affection n'a débuté que dix jours après l'accident, ce qui n'est pas le cas généralement.

L'observation 4 ne présente pas non plus les garanties nécessaires, la petite malade est jeune, à l'âge où la kératite se développe spontanément ; elle n'a été vue par le médecin que 20 jours après l'accident, de sorte qu'il nous semble difficile de le rendre responsable de la maladie, malgré la déclaration formelle de l'institutrice qui prétend avoir retiré de l'œil un petit gravier.

Enfin, quoiqu'elle ne présente aucun stigmat, elle est sûrement entachée d'hérédo-syphilis.

Dans l'observation 6, c'est surtout le traumatisme lui-même qui est en défaut : le malade raconte qu'il a reçu des poussières dans les yeux comme en reçoivent tous les garçons de magasins, comme il en reçoit lui-même tous les jours. Comme son œil commençait à larmoyer et à s'injecter, il pria son patron de lui donner une déclaration d'accident, mais il nous déclara lui-même que, durant les derniers jours, rien de spécial n'était entré dans ses yeux.

D'ailleurs l'affection a été bilatérale.

Restent les observations 1, 2 et 5, où un seul œil a été atteint.

L'observation 1 est vraiment trop incomplète.

L'observation 2 ne prouve pas grand'chose, à notre avis, parce que le malade n'a été vu qu'un mois après, ce qui est beaucoup trop tard pour pouvoir affirmer que le début de la maladie n'est pas antérieur au traumatisme.

Même remarque pour l'observation 5 : le malade n'a que 14 ans. et n'a été vu que 3 mois après l'accident.

Aucune observation n'est donc absolument probante. Dans aucun cas le traumatisme n'a été cause efficiente de la maladie, peut-être a-t-il été cause occasionnelle, cela n'est pas davantage prouvé ; nous pensons qu'il y a eu simple coïncidence.

Nous concluons en disant que la rentrée de simples poussières dans l'œil ne suffit pas, à notre avis, pour provoquer une kératite interstitielle chez un sujet sain ; chez un prédisposé, elle pourra peut-être déterminer un état de moindre résistance, et favoriser l'éclosion de la maladie, mais le plus souvent il s'agit d'une simple coïncidence. Une très grande prudence s'impose donc dans ces cas, avant de rattacher l'affection à un traumatisme.

CHAPITRE III

2^e Groupe

Kératites survenues à la suite d'un traumatisme direct de l'œil sans lésion de la cornée.

OBSERVATION VII

(Siègrist: die Verletzung des Auges und ihre Behandlung. Korrespon-
denz bl. f. schweizer. Aerzte 1906, n° 4)

En 1904, une femme de 34 ans se heurte la cornée d'un œil avec un de ses doigts. 10 jours après apparaît un kératite parenchymateuse de l'œil traumatisé.

La malade était entachée de syphilis et de tuberculose.

OBSERVATION VIII

(Hœber. Thèse Zurich 1909)

Une couseuse de chapeaux de paille, âgée de 18 ans et demi, reçoit un brin de paille dans l'œil gauche. Six jours après Haab constatait un début de Kératite parenchymateuse de l'œil blessé, atteignant le segment supérieur, sans lésions de l'épithélium importante.

Traitée par l'atropine et les frictions mercurielles.

Un mois après la cornée est complètement prise, louche, mate, avec des stries diffuses dans les couches profondes.

Deux mois après le traumatisme, après vascularisation légère, la cornée commence à s'éclaircir. La malade est ensuite perdue de vue.

L'œil droit est resté indemne.

Pas de stigmatisme de tare quelconque.

OBSERVATION IX

(Antonelli, thèse. Badet, Lyon 1910)

B..., 35 ans, quelques jours après avoir reçu un coup de chapeau et un coup de fouet sur l'œil droit présente une kératite parenchymateuse du même œil.

Il a déjà eu une keratite parenchymateuse du même œil, spontanée, diagnostiquée par deux oculistes.

Il présente de plus une exostose du crâne et de la surdité. Réaction de Wasserman positive.

Au fond d'œil droit on trouve quelques foyers de chorio-rétinite ancienne.

OBSERVATION X

(Bronner. Arch. f. Dermat. 1891)

En 1889, une fillette de 14 ans n'ayant jamais eu mal aux yeux, présentant des stigmates de syphilis héréditaire est frappée à l'œil gauche par une navette. Cinq jours après l'œil qui était sain auparavant présente des signes de kératite interstitielle au début. La kératite évolua. Six semaines après l'œil droit fut atteint à son tour.

OBSERVATION XI

(Collomb. Revue Suisse médicale romande, mars 1906)

Un jeune homme présentant des signes manifestes d'hérédosyphilis, fit une kératite interstitielle à la suite d'un traumatisme sur un œil.

L'autre se prit quelques jours après. Collomb raconte de plus qu'il vit un autre cas absolument identique au premier chez un individu, jeune également, et hérédosyphilitique.

OBSERVATION XII

Ohm Beitrag zur keratitis parenchymatosa traumatica. Wochenschr. f. Therap. und. Hygiene des Auges, 1905, nov. n° 5.

En 1899, une ouvrière hérédosyphilitique, âgée de 23 ans reçoit un morceau de carton sur un œil. Quelques jours après elle présente une kératite parenchymateuse de cet œil.

Deux mois après l'autre œil présentait la même affection.

OBSERVATION XIII

(Hummelsheim Congrès des médecins de Bonn, 1904)

En 1904, un jeune homme 10 ans probablement entaché de syphilis héréditaire (son frère avait présenté une kératite interstitielle spontanée) reçut un choc sur l'œil droit, il fut atteint quelques jours après de kératite interstitielle de l'œil blessé. Un an après l'autre œil présente la même affection.

OBSERVATION XIV

(Dodd the ophtalmoscope, mai 1904)

En 1904, un jeune homme présentant des signes indubitables de syphilis héréditaire reçut un traumatisme sur un œil. Il présenta une kératite interstitielle typique. L'autre œil fut pris également.

OBSERVATION XV

(Dodd the ophtalmoscope, mai 1904)

Un homme atteint de syphilis héréditaire reçoit un ballon sur un œil. Il s'y développe une kératite interstitielle. L'autre œil fut atteint consécutivement de la même affection.

OBSERVATION XVI

(Dodd the ophtalmoscope, mai 1904)

Chez un jeune homme à la suite d'une piqûre de moustique sur un œil il apparait une kératite interstitielle sur l'œil piqué puis sur l'autre œil.

OBSERVATION XVII

(Perlia Klin Monat. f. Angenh, 1907)

En 1906, un garçon de 10 ans hérédosyphilitique ayant eu un œil frappé par une branche eut consécutivement une kératite interstitielle du même œil. L'autre œil fut bientôt atteint à son tour.

OBSERVATION XVIII

(Hessberg congrès Heivelberg, 1906)

Un syphilitique ayant reçu une contusion sur un œil présente une kératite interstitielle. Quelques semaines après l'autre œil fut atteint.

OBSERVATION XIX

(Mayweg rapportée dans thèse Badet, Lyon 1910)

A la suite d'une simple ténotomie, chez une fillette tuberculeuse, il s'est développé en quelques jours une kératite parinchymateuse de l'œil opéré. L'autre œil fut bientôt atteint de la même affection.

OBSERVATION XX

(Leplat société belge d'ophtalmologie, 1907)

Ouvrier de 30 ans ne présentant aucun signe de syphilis ni de scrofulose prétend avoir reçu un traumatisme sur l'œil droit remontant à 3 semaines avant le début de la maladie. Il est atteint de kératite interstitielle de l'œil droit prétendu blessé, mais comme il ne reste aucune trace du traumatisme et qu'il n'y a pas de preuves pour confirmer sa réalité, l'origine traumatique est très suspecte.

OBSERVATION XXI

(Duverger, communiqué à la société d'ophtalmologie de Paris)

Un enfant de 13 ans est atteint par un violent traumatisme de l'œil gauche. L'œil s'emplit complètement de sang et la tension oculaire s'éleva. Au bout de 10 jours la tension diminua alors que le sang se résorbait peu à peu. A ce moment apparut une infiltration interstitielle de la cornée de forme très régulièrement arrondie et occupant la totalité de la cornée sauf un liseré périphérique de 1 millimètre demeuré transparent. La forme si nettement circulaire et les dimensions de l'opacité reproduisaient très exactement celle d'un cristallin luxé dans la chambre antérieure et la confusion ne put être évitée que par un examen très approfondi et répété. Une anesthésie presque complète siègeait au niveau de l'opacité.

Peu à peu l'opacité diminua comme intensité, mais pas comme étendue. Au moment où l'observation fut communiquée à la Société d'ophtalmologie de Paris, la résolution n'était pas encore complète.

OBSERVATION XXII

(Ronnaux, Thèse Paris, 1908)

Une fillette de 8 ans reçoit dans l'œil droit un coup de tête d'une de ses camarades. 18 jours après se présente à la clinique du docteur Galezowski, où l'on constate une kératite interstitielle typique dans les deux yeux à l'examen ophtalmoscopique on trouve des plaques de chorio-rétinite.

Le 2^e œil resta normal.

Les parents de l'enfant sont bien portants, elle-même n'a jamais été malade, mais elle est chétive et présente quelques ganglions dans la chaîne du sterno-cleido-mastoïdien.

OBSERVATION XXIII

(Ronnaux, Thèse Paris, 1908)

Mlle H., 16 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels dignes d'être notés, se contusionne l'œil droit avec la houpette en se mettant de la poudre de riz sur le visage.

L'œil rougit, puis apparaissent de la rougeur, de la photophobie et du larmolement. Se présente à la consultation quelques jours après. On constate un foyer d'infiltration de la cornée siégeant en bas et en dehors de la pupille. L'épithélium est trouble et présente un aspect rugueux, mais il n'y a pas de perte de substance. Un pinceau vasculaire profond arrive jusqu'à l'infiltration cornéenne.

Fond d'œil normal, amélioration rapide par le traitement mercuriel. Le 2^e œil resta normal.

OBSERVATION XXIV

(Ronnaux, Thèse Paris, 1908)

Un enfant de 11 ans reçoit un coup sur l'œil gauche. 15 jours après on constate une légère infiltration de la cornée localisée à la partie interne du limbe avec injection périkeratique donnant l'impression d'une kératite interstitielle au début.

A l'examen ophtalmoscopique on constate de l'atrophie choroïdienne par plaques dans les deux yeux.

L'infiltration n'augmente pas $V = 1/2$. La malade quitte la consultation.

OBSERVATION XXV

(Plange klin. Monat, p, Augenh, 1905)

Homme d'un âge moyen reçoit un éclat de bois dans l'œil droit. Quelques jours après on constate une hémorragie dans la chambre antérieure. La cornée avait perdu dans son centre son aspect lisse et brillant. Quelques jours après apparaît un trouble cornéen qui envahit les couches profondes, mais se cantonne sur les parties centrales. Résolution quelques semaines après. L'autre œil resta sain.

OBSERVATION XXVI

(Demaria Argentina Médica février 1907)

Jean C. . . , célibataire, mécanicien.

A. H. — Rien de particulier, son père et 5 frères sont vivants et bien portants.

A. P. — A eu des bronchites fréquentes mais pas d'antécédents oculaires. Pendant son travail reçoit un morceau de fer dans l'œil droit. Aussitôt après apparaissent

du larmolement, de la photophobie et des troubles de la vision. Se présente 1 mois après à Demaria qui fait la constatation suivante : individu grêle ne présentant aucun signe de syphilis héréditaire ou acquise.

Examen des yeux : œil droit : photophobie, larmolement, blépharospasme peu accentué, injection périkeratique modérée, infiltration dans les couches interstitielles de la cornée située dans la partie supéro-externe et s'étendant jusque sur la pupille. Pas de vascularisation profonde, iris congestionné, myosis $V = 1/3$, tension normale.

Traitement : instillation d'atropine, compresses chaudes, frictions mercurielles qui semblent donner de bons résultats.

L'infiltration s'étend du centre jusqu'à la partie supéro-externe d'une manière torpide, sans déterminer de réaction importante.

Un mois après l'infiltration reste stationnaire et une infiltration analogue apparaît dans l'autre œil au centre de la cornée déterminant une injection périkeratique intense $V = 1/3$.

Tension normale, larmolement, photophobie, traitement à l'atropine. L'affection évolue comme dans l'autre œil, elle s'étend sans déterminer des phénomènes d'irritation ; aucune synéchie postérieure. 4 mois plus tard période de résorption.

Dans l'œil droit persiste une petite infiltration dans la moitié externe avec vascularisation profonde.

La cornée gauche s'éclaircit avec quelques synéchies postérieures.

Œil droit $V = 1/6$.

Œil gauche $V = 1/6$.

OBSERVATIONS XXVII

(Ronnaux thèse Paris 1908)

Mlle D..., plieuse de journaux, 18 ans, présentant quelques signes d'hérédosyphilis (dents d'Hutchinson, palais ogival, ganglions bilatéraux de la gaine des sternocléido mastoïdien hypertrophiés) se cogne l'œil droit sur le coin d'un mur. 6 jours après présente une infiltration de la cornée localisée à la partie centrale.

Elle s'améliore rapidement. L'autre œil reste normal.

OBSERVATION XXVIII

(Bronner Arch. F. Dermat 1891)

Jeune homme de 21 ans, nettement hérédosyphilitique, n'ayant jamais eu d'affection oculaire, est blessé à l'œil gauche par un morceau de charbon. 4 jours après est pris d'une kératite interstitielle qui atteint bientôt l'œil droit.

A l'examen ophtalmoscopique on constate de la chorio-rétinite périphérique.

Ne guérit qu'après 8 mois de traitement à l'onguent gris.

OBSERVATION XXIX

(Demaria Argentina Médica février 1907)

Francisco C..., 25 ans, célibataire, journalier.

A. H. — Parents bien portants. 3 frères aînés sont morts peu de temps après la naissance de cause ignorée ; un 4^e plus jeune est bien portant.

A. P. — Coqueluche à 6 ans, souffre de rhumatisme du genou droit. Reçoit un morceau de pierre dans l'œil droit. Peu de jours après l'accident apparaissent du larmoiement, de la photophobie et des troubles de la vision. L'œil s'injecte et 15 jours après les mêmes troubles se produisent du côté gauche.

Se présente un mois et demi après à la clinique. Hérédosyphilis évidente. Œil gauche : photophobie, injection périkeratique. Infiltration grise diffuse de la cornée beaucoup plus épaisse au centre et n'atteignant pas la périphérie. Nombreux vaisseaux venant de la périphérie et se ramifiant en pinceaux dans l'intérieur de la cornée, tension normale $V =$ compte les doigts à 2 m. Œil droit : lésions analogues plus récentes : infiltration localisée dans la partie centrale de la cornée, injection périkeratique et myosis. Tension normale $V = 0,4$. Traitement : atropine, compresses, frictions mercurielles.

La cornée droite s'éclaircit, l'infiltration se résorba bien qu'avec une certaine lenteur ; aucun vaisseau ne persista sur le rebord cornéen. La résorption débuta au centre puis s'étendit à la périphérie : la cornée éclaircie on put constater quelques plaques d'atrophie choroïdienne à la périphérie. $V = 1/3$.

Œil gauche : évolution analogue avec résolution moins complète. Il persista une légère infiltration que les frictions à la pommade jaune firent difficilement disparaître. $V = 1,8$.

OBSERVATION XXX

(Personnelle Clinique du Dr Jocsq)

A. — 24 ans, se présente à la clinique le 3 avril 1909 et déclare avoir reçu le 29 mars un éclat de caillou dans l'œil droit.

L'œil droit est dévié en dedans, légèrement photophobe et larmoyant, ne porte pas de trace de traumatisme mais présente des taies anciennes à la partie inféro-externe de la cornée. A l'examen ophtalmoscopique atrophie ancienne et complète de la papille droite.

A la skiascopie hypermétropie des deux yeux de 4 dioptries sans astigmatisme : à droite $V = 1/50$; à gauche $V = 0,6$ sans amélioration.

7 avril, cercle périkératique à l'œil droit, infiltration diffuse de la cornée au niveau de la partie supéro-externe et s'avancant vers le centre.

Interrogé sur ses antécédents, le malade refuse de les donner ; il prétend que sa vision de l'œil droit était aussi bonne qu'à gauche au moment de l'accident, et n'avoir jamais eu mal à cet œil alors qu'à la première consultation nous avons constaté des taies anciennes et l'atrophie de la papille. Le malade est manifestement hérédosyphilitique, petit, malingre, dents d'Hutchinson caractéristiques, dureté de l'ouïe surtout du côté droit.

15 avril : la cornée droite est complètement trouble.

30 avril : l'œil gauche se prend à son tour, le trouble débutant au niveau de la partie externe.

L'affection évolua normalement des deux côtés, vascularisation de la cornée puis résorption rapide, de sorte qu'au milieu de juin le malade pouvait être considéré comme guéri.

L'acuité visuelle resta diminuée encore quelque temps par suite d'un léger trouble du côté gauche mais le 4 novembre, au moment où son affaire allait être liquidée, l'acuité visuelle était remontée à 0,6 comme au moment de l'accident sans amélioration par les verres convexes.

L'étude générale de ces 24 observations nous montre que dans 15 cas il s'agit de sujets nettement entachés d'une tare antérieure contre 9 qui paraissent cliniquement indemnes. Dans le premier groupe, la kératite a été 12 fois bilatérale, 3 fois unilatérale ; dans le deuxième, 2 fois bilatérale et 7 fois unilatérale.

C'est là une preuve éclatante de l'action prépondérante de l'état antérieur. Mais voyons maintenant ce qui revient au traumatisme lui-même.

Nous laisserons de côté tous les cas à localisation bilatérale, car nous avons admis au début que dans ce cas le traumatisme n'intervient que comme cause occasionnelle ou comme simple coïncidence.

Restent donc dix observations dont 3 chez des sujets nettement hérédo-syphilitiques et 7 chez des sujets cliniquement sains.

Les 3 premières sont les observations 7, 9 et 27.

Dans l'observation 7, la kératite n'a apparu que 40 jours après l'accident ; c'est, croyons-nous, beaucoup trop long pour un traumatisme léger.

L'observation 9 est tout aussi suspecte puisque le malade a eu déjà spontanément une kératite interstitielle du même œil, diagnostiquée par des oculistes compétents.

Quant à l'observation 27, ce n'est pas une kératite typique puisque l'infiltration resta localisée au centre de la cornée et que l'amélioration fut très rapide.

Les 7 dernières observations sont les 8^e, 20^e, 21^e, 22^e, 23^e, 24^e et 25^e.

L'observation 8 nous paraît probante : kératite existant déjà 6 jours après l'accident, infiltration envahissant petit à petit toute la cornée, puis résolution après vascularisation, état antérieur parfait, traumatisme nettement établi, malade âgé de 18 ans et demi, tout cela répond aux conditions demandées.

L'observation 20 doit être considérée comme suspecte, malgré l'âge du sujet, 30 ans, parce qu'il n'est vu que trois semaines après son accident qui n'a laissé aucune trace.

L'observation 21 ne rappelle pas une kératite interstitielle classique, puisque l'infiltration centrale était séparée des bords de la cornée par un anneau transparent et que l'évolution ne fut pas non plus classique.

L'observation 22 est celle d'une enfant de 8 ans qui n'est vue que 18 jours après avoir reçu un coup de tête sur son œil. C'est l'âge où survient la kératite spontanée, et 18 jours après l'accident c'est un peu tard pour le rendre responsable de l'affection.

L'observation 23 n'est pas non plus une kératite interstitielle typique, puisqu'une partie de la cornée seulement fut prise.

Dans l'observation 24, c'est une enfant de 11 ans qui, 15 jours après avoir reçu un coup sur l'œil gauche, fait de la kératite interstitielle. C'est la réé-

dition de l'observation 22, et les mêmes critiques lui sont applicables.

Tandis que dans les observations précédentes il s'agissait d'un traumatisme plus ou moins bénin de l'œil, dans la 25^e il y a un trauma sévère suivi d'hyphéma.

L'apparition du trouble cornéen semble bien être en rapport avec l'accident, mais ici encore il ne s'agit pas de la kératite interstitielle type, puisque seule la partie centrale de la cornée fut prise.

En somme, une seule observation peut être retenue comme due vraiment au traumatisme. C'est peu sur 24 publiées.

Ce qui est intéressant à noter également, c'est que nous trouvons dans 15 cas des sujets tarés, contre 9 qui paraissent sains. Y a-t-il là une simple coïncidence ou bien est-ce vraiment un fait nécessaire ?

Nous pensons que cela est tout à fait normal et que cela confirme la critique des observations que nous venons de faire.

Nous avons vu que sur 24 cas, un seul doit être retenu comme kératite traumatique. Ce genre de trauma est donc peu apte à produire cette affection chez des sujets sains.

Chez les prédisposés, au contraire, il crée un état de moindre résistance, et la tare antérieure se réveille.

Voilà pourquoi nous trouvons tant d'hérédo-

syphilitiques dans cette liste ; et encore nous pensons qu'il y en a d'autres ; nous n'avons considéré comme tels que ceux qui en avaient des stigmates évidents, et nous savons qu'à côté de ces formes il y en a beaucoup de frustes qui ne se révèlent que par un accident spécifique, et que d'autres restent toujours latentes.

La seule conclusion qui s'impose est la suivante : un traumatisme direct de l'œil sans lésion de la cornée peut déterminer une kératite interstitielle chez un sujet cliniquement indemne de tare spécifique mais c'est exceptionnel.

Le plus souvent il agit comme cause occasionnelle le grand facteur de la maladie reste l'état antérieur du sujet.

CHAPITRE IV

3^e groupe

Kératites produites à la suite de brûlures de l'œil par acide, alcali, plâtre, chaux, ciment, etc.

OBSERVATION XXXI

(Chalupecki Seltene traumatische Erkrankungen der Hornhaut
Wiener klin. Rundschau, 1910. Nos 9, 10, 11 et 12.)

Le 7 juin 1906, un ouvrier de 25 ans reçoit du plâtre dans l'œil droit, il lave son œil, met un pansement et continue à travailler. Trois jours après, comme son état ne s'améliore pas, il se rend à l'hôpital, où l'on instille de l'atropine et on prescrit des frictions à la pommade grise.

Le 16 juin, Chalupecky constate une kératite interstitielle typique de l'œil droit (surface cornéenne mate, sans érosion, louche, diffus central dans les couches profondes).

des, cercle périkératique) : plus tard survient un peu de réaction irienne, puis une vascularisation cornéenne très nette, superficielle et profonde. En décembre il persistait encore un léger louche à la partie inféro-interne de la cornée et quelques synéchies iriennes. L'œil gauche resta indemne.

Aucune trace de tuberculose ni de syphilis.

OBSERVATION XXXII

(Enslin Zeitschr für Angeneheilk, 1906)

Un tapissier de 18 ans reçoit du plâtre dans l'œil droit. Cinq jours après, l'inflammation d'abord légère s'étant aggravée, Enslin constate : œil gauche perdu à la suite d'un accident antérieur ; œil droit présente un début de kératite interstitielle dans la partie inférieure de la cornée ; l'opacification gagna peu à peu vers le centre. En 3 mois et demi, avec un traitement à l'atropine et des cataplasmes, la cornée était revenue à peu près à l'état normal. Il n'y eut pas de vascularisation nette, ni réaction irienne.

Le malade ne présentait aucune tare héréditaire ; il avait de l'ozène.

Enslin conclut que le traumatisme avait révélé une dyscrasie ignorée.

OBSERVATION XXXIII

(Limbourg, Congrès de Dusseldorf, 1905)

Un homme de 31 ans, ayant contracté la syphilis onze ans auparavant eut une kératite interstitielle d'un œil sur lequel il avait reçu un lait de chaux seize jours auparavant.

OBSERVATION XXXIV

(Grèef. Congrès Heidelberg, 1906)

Une jeune fille de 16 ans, hérédosyphilitique, ayant reçu de la chaux dans un œil, eut une kératite parenchymateuse du côté traumatisé. L'autre œil présenta la même affection quelques semaines après.

OBSERVATION XXXV

(Terlinck. Clinique ophtalmologique, 1908. N° 3, p. 35)

B., 21 ans, aide maçon, de petite taille, faible, de teint blafard, a une ensellure du dos du nez. Son père est mort à 32 ans de paralysie générale. Sa mère, bien portante a eu outre le sujet, un enfant né chétif, mort à huit mois et une fausse couche.

B. reçoit du mortier dans l'œil droit. Il est traité pour brûlure de la cornée par chaux à l'hôpital St-Jean. Six semaines après se présente à la polyclinique du professeur Gallemaerts : il présente une infiltration parenchymateuse très dense de toute la cornée droite avec vascularisation à la périphérie et photophobie intense. Deux mois après, le 2^e œil se prend à son tour, l'infiltration débutant au niveau du limbe.

Le malade subit des traitements variés et semble avoir été amélioré par des injections au lipiodol.

Un an après il restait de petites opacités dans les deux cornées avec acuité visuelle des deux yeux de 0,1.

OBSERVATION XXXVI

(Hoeber, thèse Zurich, 1909)

Un homme de 20 ans ne présentant aucun stigmatisme dyscratique reçoit du mortier dans l'œil droit. Ce mortier fut enlevé par le Dr Ritzman qui constata, deux jours après, un louche diffus de la cornée ; on pouvait hésiter entre le diagnostic de brûlure et de kératite parenchymateuse, quand, un mois après, l'œil gauche présenta une kératite parenchymateuse typique.

Le professeur Haab qui vit ensuite le malade, put distinguer à l'œil droit des signes nets de kératite parenchymateuse.

OBSERVATION XXXVII

Armaignac, bulletins et mémoires de la société d'ophtalmologie 1909)

Femme âgée de 27 ans sans trace spécifique à la cornée gauche légèrement brûlée par une gouttelette de soudu-re en fusion. Trois jours après l'accident dont la réaction était insignifiante il se développa sur l'œil blessé une kératite parenchymateuse qui en 8 jours amena une cécité presque complète par suite de l'opacité de la cornée qui continua à s'accroître 8 jours encore.

A ce moment la périphérie de la cornée commença à s'éclaircir mais l'œil droit jusque là indemne se prit à son tour et ne tarda pas à être aussi malade que l'avait été le premier.

Celui-ci revint presque normal sauf une légère taie de la cornée produite par la brûlure.

Le second œil s'éclaircit également mais il resta au centre de la cornée une taie que rien ne put faire disparaître et qui réduisit définitivement l'acuité visuelle à 0,6.

Une forte crise de rhumatisme articulaire était survenue sur ces entrefaites et avait duré 6 semaines.

OBSERVATION XXXVIII

(Dr José de Gonzalès. Anales de ophth. Octobre 1910)

Petite fille de 9 à 10 ans. — Sa mère raconte que lui faisant des frictions avec du liniment ammoniacal une petite quantité pénétra dans l'œil droit. Après lavage il resta un peu d'injection conjonctivale. Le 3^e jour la cornée commença à s'opacifier.

Examen : l'œil gauche est sain ; l'œil droit présente une injection périkeratique, une infiltration blanche diffusée de toute la cornée avec intégrité de l'épithélium. L'exploration de l'iris et du fond de l'œil fut impossible.

La mère de l'enfant avoue avoir eu la syphilis, elle a perdu un enfant aîné à l'âge de 7 mois : il avait auparavant présenté des éruptions cutanées diverses.

Traitement de la mère et de l'enfant : sirop de Gibert à la mère, frictions à l'enfant, atropiné, lotions chaudes. Au bout de deux mois grande amélioration.

OBSERVATION XXXIX

(Dr Jocqs, inédite)

H..., couvreur, âgé de 36 ans, se présente à la clinique du Dr Jocqs le 2 décembre 1905. Il raconte qu'il a reçu

de la poussière de plâtre dans l'œil gauche le 27 septembre dernier.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

L'œil droit est normal, l'acuité visuelle est de 1.

L'œil gauche présente une kératite interstitielle typique, au stade de vascularisation : l'examen du fond d'œil et de l'iris est impossible. Le 28 décembre la vascularisation de la cornée commence à diminuer au niveau de la partie supérieure ; l'œil est douloureux.

30 décembre. Les douleurs ont diminué ; la vascularisation est moins intense, mais la vision est toujours très troublée. A ce moment on peut constater que l'atropine n'a aucune influence sur l'iris, et qu'il existe des synéchies postérieures.

2 janvier. La cornée s'éclaircit rapidement, il reste une nébulosité centrale interstitielle, l'iris est décoloré, la pupille en myosis.

8 janvier. L'opacité a diminué et la pupille s'est légèrement dilatée.

12 janvier. La nébulosité a presque disparu, l'œil est blanc, mais s'injecte encore quand on l'examine ; la pupille est peu dilatée mais mobile.

22 janvier. Le malade quitte la clinique notablement amélioré, l'acuité visuelle est de 0.6.

Sur ces 9 malades, 4 présentent un état pathologique antérieur, 5 en paraissent indemnes. Dans chaque groupe nous trouvons dans deux cas l'affection bilatérale ; nous n'avons donc à discuter que 5 observations dont 2 chez des hérédo syphilitiques.

Ces deux dernières sont la 33^e et la 38^e.

Dans l'observation 33, le sujet a contracté la syphilis 11 ans auparavant.

C'est le 13 juin, après avoir reçu un lait de chaux dans l'œil qu'il commence une kératite interstitielle. C'est un peu tard pour rattacher l'affection au traumatisme. Il est plus probable qu'il a seulement servi d'occasion à la diathèse antérieure et le fait que la kératite est restée unilatérale n'est pas pour étonner, puisque c'est la règle dans la syphilis acquise.

L'âge du sujet a ici peu d'importance puisque la syphilis fut contractée à 26 ans.

Dans l'observation 38, il s'agit d'une petite hérédosyphilitique de 10 mois. L'action occasionnelle du traumatisme nous paraît certaine, mais il faut tenir compte de l'état antérieur.

L'autre œil n'a pas été pris, peut-être est ce dû au traitement intensif suivi par la mère et par l'enfant.

Nous savons que le traitement mercurial n'a pas grand action sur la kératite interstitielle. Avec notre maître, le Dr Jocqs, nous pensons qu'il n'en a même pas du tout ; toutefois nous pensons qu'il est utile d'y avoir recours, car il agit sur la diathèse elle-même dont il diminue la virulence ; peut être est-ce la raison pour laquelle l'autre œil a été épargné.

Il nous reste à étudier les observations 31, 32 et 39.

L'observation 31 nous paraît typique : le sujet a 25 ans. 3 jours après avoir reçu du plâtre dans l'œil

il est atteint de kératite interstitielle qui est en pleine période d'état quelques jours plus tard, et qui évolue ensuite normalement.

L'accident est bien établi, il s'agit donc d'une kératite interstitielle traumatique.

Dans l'observation 32, de l'avis même d'Euslin, qui a vu le malade, il s'agit de kératite due à une dyscrasie ignorée révélée par le traumatisme. Il est regrettable que l'autre œil fut perdu avant, l'unilatéralité de la lésion perd ainsi une grande partie de sa valeur.

Dans l'observation 39 il s'agit bien d'une kératite traumatique, bien que le malade n'ait été vu par le Dr Jocus que 2 mois après son accident.

Son âge, 36 ans, l'absence de stigmates spécifiques et d'une affection oculaire antérieure quelconque, constituent pour nous un élément de diagnostic essentiel, de plus, le stade de l'affection, au moment où il est vu, cadre bien avec l'époque de l'accident.

Une kératite spontanée aurait fait son apparition à un âge moins avancé.

Nous possédons encore une 10^e observation communiquée à la société des médecins de Halle, le 13 Février 1907 par Schmidt Rimpler. Si nous ne l'avons pas mise à côté des neuf autres, c'est parce que l'auteur lui-même déclare que l'accident a été totalement étranger au développement de la maladie.

Il s'agit d'un jeune ouvrier nettement hérédosy-

philitique qui, quelques jours après avoir reçu un lait de chaux dans l'œil fit une kératite interstitielle bilatérale.

Schmidt Rimpler vit d'abord dans l'accident la cause occasionnelle de la maladie, mais il remit les choses au point quand le médecin du blessé raconta que quelques jours avant l'accident, il le soignait pour conjonctivite.

C'était la kératite qui commençait et le lait de chaux n'avait été qu'une simple coïncidence.

Nous avons tenu à rapporter brièvement cette observation, car nous pensons qu'il en est souvent ainsi, et que beaucoup de kératites dites traumatiques seraient cataloguées autrement si l'on connaissait avant l'état local et général des malades.

Sur 9 observations, nous avons trouvé 2 kératites traumatiques. La moyenne devient meilleure que dans les deux premières séries et cela coïncide avec un traumatisme plus sévère.

Nous concluons en disant que l'on peut rencontrer une kératite interstitielle traumatique à la suite d'une brûlure par acide, plâtre, chaux, etc..., mais nous pensons que c'est encore assez rare et qu'une grande prudence s'impose avant de conclure.

CHAPITRE V

4^e Groupe

Kératites survenues à la suite de corps étrangers, érosions plaies de la cornée

OBSERVATION XL

(Moreau, « Loire médicale », 15 septembre 1910)

Le 9 mai 1910, X... 25 ans, n'ayant jamais eu mal aux yeux et ayant une acuité visuelle normale reçoit dans l'œil gauche de la poussière de charbon. Quelques instants après un ouvrier en enlève la plus grande partie. Le lendemain, comme la sensation de corps étranger persiste, le malade va trouver un médecin qui enlève le reste des poussières, et constate une érosion centrale de la cornée. L'œil reste rouge et larmoyant et au bout de 3 ou 4 jours le malade commence à voir un peu trouble. Ce trouble augmente peu à peu tandis que surviennent de vives douleurs irradiées dans le côté gauche de la tête. Après s'être fait soigner par plusieurs médecins, va trou-

ver le docteur Moreau au début de septembre. Celui-ci constate en arrière d'un taie centrale superficielle (due sans doute à l'ulcération produite par le traumatisme) une kératite interstitielle typique à la période de vascularisation avec cercle périkératique léger. O D V = 1, O. G. = simple perception lumineuse.

La kératite évolua rapidement vers la résorption et le 2 novembre outre la taie centrale superficielle, on n'aperçoit plus que quelques nébulosités diffuses et transparentes dans le segment nasal et quelques ilots nébuleux dans le segment inférieur. L'examen du fond de l'œil est possible après dilatation atropinique V = 3,50 seulement à cause de la taie centrale. Le malade qui avait été mis au traitement mercuriel et local ne présentait aucun stigmaté de syphilis héréditaire ni acquise aucune trace de tuberculose ni de maladie constitutionnelle.

OBSERVATION XLI

(Brejski. Thèse 1901)

Un mineur de 34 ans, n'ayant jamais eu mal aux yeux, ne présentant aucun stigmaté de dyscrasie, présente huit jours après avoir reçu un éclat de pierre dans l'œil droit une kératite parenchymateuse de l'œil blessé.

L'œil gauche resta indemne.

OBSERVATION XLII

(Ohm. Woch. f. Ther. und Hyg. des Auges 1905)

Un homme de 32 ans avant reçu un corps étranger dans l'œil droit, fut mis en observation : trois jours après

son œil présentait un début de kératite parenchymateuse qui évolua.

Trois ans auparavant, la suite d'un traumatisme semblable de l'œil gauche, le même malade avait eu, seize jours après, une kératite parenchymateuse de l'œil gauche.

Il ne présentait comme tare que des signes d'induration localisée au sommet d'un poumon.

OBSERVATION XLIII

Hæber, thèse Zurich 1909

Un homme de 35 ans reçoit dans l'œil droit un mélange de craie et de sciure de bois. Trois jours après il est vu par un médecin qui constate une petite érosion cornéenne, avec un début d'opacification diffuse profonde dans la partie nasale de la cornée. Un mois après, le Dr Sidler, nommé expert, constata à l'œil droit des signes nets de kératite interstitielle (opacification nuageuse profonde, surface dépolie de la cornée, vaisseaux interstitiels).

Trois mois après la cornée est déjà très éclaircie, V = 3/10.

L'œil gauche reste indemne.

Le malade affirme hautement n'avoir jamais eu mal aux yeux avant l'accident. Cependant le Dr Sidler émet quelques doutes au sujet de la possibilité du début de la kératite parenchymateuse avant l'accident.

Le malade ne présentait aucun stigmate classique ni aucun stigmate du fond d'œil permettant de soupçonner une tare, quelconque.

OBSERVATION XLIV

(Antonelli, Bulletins et mémoires de la Société d'ophtalmologie)

Une femme de 25 ans, le 29 mai 1908 reçoit dans l'œil gauche un petit éclat de verre retiré peu après par Antonelli qui constate une petite ulcération superficielle de la cornée. Le lendemain et le surlendemain œil rouge larmoyant, trouble grisâtre autour de l'ulcération, trouble qui s'élargit et devient plus profond au point de donner cinq jours après le trauma l'impression d'une kératite parenchymateuse.

Celle-ci envahit bientôt toute la cornée et évolua ensuite sous une forme plutôt froide, lente, malgré le traitement des compresses chaudes locales et les injections intramusculaires de sublimé.

Le 7 août la cornée était encore assez trouble pour que $V = 0,4$.

L'œil droit resta indemne.

La mère de la malade a perdu 3 enfants en bas-âge sur 8.

Personnellement, la malade est de petite taille, avec cicatrices rétractées du cou et des régions sternale et sous-claviculaire, consécutives à des abcès d'allure trainante de l'enfance.

Au fond d'œil, on constate une papille d'aspect subatrophi que avec trainée blanc grisâtre à son bord externe ; pigmentation très marquée dans la zone péripapillaire. Forme fruste de rétinite pigmentaire à la périphérie.

OBSERVATION XLV

(Antonelli. Bulletins et mémoires de la Société d'ophtalmologie, 1910)

D., 29 ans, reçoit, le 24 septembre 1900, dans l'œil gauche un éclat qui se fixe sur la cornée. Le Dr Emmanuel enlève le même jour cet éclat et continue à soigner le blessé. Au bout de quelques jours il se déclare une kératite parenchymateuse de l'œil blessé.

Le 13 octobre, l'infiltration occupe toute la cornée; le 16 novembre, la vascularisation commence. Le 30 novembre, à la suite de 30 injections mercurielles en plus du traitement local, la régression commence. Le 21 décembre, il reste un trouble diffus avec $V = 1/60$, pas de synéchie.

L'œil droit est resté indemne.

La papille droite présente un aspect subatrophique avec bord flou.

Microdentisme, exostoses des os propres du nez et du maxillaire inférieur. Dureté de l'ouïe. 7 frères et sœurs morts en bas-âge, seul survivant.

OBSEKVATION XLVI

(Antonelli. Bulletins et mémoires de la Société d'ophtalmologie, 1910)

C., 27 ans, reçoit le 4 novembre un éclat métallique dans l'œil droit et le fait retirer par un ouvrier. Le 9 novembre, Amonelli constate une petite ébrasion épithéliale de la cornée qui s'améliora.

Le 15 novembre. Début de kératite parinchymateuse, à la partie supéro-interne, gagnant rapidement le reste

de la cornée, avec un semis de petits foyers plus blanchâtres que les troubles diffus ambiants.

Le 16 décembre, la zone supérieure de la cornée est devenue presque transparente : il persiste les petits points plus opaques. La vascularisation fut modérée.

Le 18 janvier 1910 à l'examen d'expertise, $V = 0,5$ (après correction de l'astigmatisme myopique); il persistait quelques petites opacités cornéennes légères. L'œil droit a toujours eu une vision défectueuse avant l'accident, il présente des foyers de choroïdite disséminée.

L'œil gauche est resté indemne.

OBSERVATION XLVII

(Czapodi Ungar méd. Presse n° 25, 1896.)

En 1896, une fillette de 6 ans hérédo-syphilitique, à la suite d'une lésion superficielle de la cornée présente une kératite interstitielle qui devient bilatérale.

OBSERVATION XLVIII

(Perlia Klin. Monat. f. Augenh, 1905.)

On jeune tourneur en fer de 16 ans reçoit un éclat de cuivre dans la cornée droite, et le fait enlever par un compagnon. Trois jours après consulte Perlia qui constate une petite érosion de la cornée un peu au-dessous du centre. Quelques jours après apparaît un trouble partant du point lésé et s'étendant dans les couches profondes de la cornée et présentant l'aspect d'une kératite parenchymateuse typique.

Son père, retraité est mort d'une maladie cérébrale.

Sa mère a eu plusieurs fausses couches; lui-même a une dentition défectueuse. Malgré un traitement énergique à l'onguent napolitain la maladie arriva à un état aigu.

Trois semaines après l'œil gauche fut atteint. La durée fut de plusieurs mois et malgré le traitement, le trouble visuel persista et le malade dut abandonner son métier.

OBSERVATION XLIX

(Armagnac. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux 1896.
Annales d'oculistique)

Un mécanicien de 34 ans reçoit dans l'œil gauche un grain de fer qui s'incruste profondément et est enlevé le lendemain. L'acuité visuelle diminue, tombe à 1/50. On constate alors un trouble diffus de la cornée autour de la plaie dont le fond présente un teint brunâtre. A ce niveau siège un petit grain de fer que l'on enlève à la gouge.

L'œil droit jusque là resté sain présente un petit croissant vasculaire très rouge non saillant à la partie supérieure de la cornée empiétant sur l'épiscière. Cette lésion n'est pas expliquée par une altération de la conjonctive palpébrale car il n'y en a pas.

Le malade est revu 5 jours après. L'œil droit larmoie; a une photophobie intense et voit mal. Il présente un trouble diffus de la cornée partant du bord inférieur du croissant observé et dépassant le centre de la cornée. Pas de rougeur anormale de l'œil, mais myosis marqué; l'instillation d'atropine fait constater des synéchies.

Pas de trace d'hérédosyphilis.

OBSERVATION L

(Campbell Med. Press. Ref. orphlh. 1905)

En 1905, un homme de 25 ans présentant des signes nets de syphilis héréditaire reçoit un éclat métallique dans un œil. Quelques jours après apparaissait une héra-tite interstitielle du côté blessé.

L'autre œil fut atteint 2 semaines après,

OBSERVATION LI

(Pfalz, congrès de Heidelberg, 1906)

Ouvrier de 34 ans qui n'avait présenté auparavant qu'une affection pulmonaire il y a 12 ans et sans antécédents héréditaires suspects reçoit un corps étranger de la cornée qu'il fait enlever 2 jours plus tard.

4 jours après l'accident qui avait produit une blessure superficielle il se développe une infiltration parenchymateuse de la cornée. Le trouble augmente en surface et en intensité malgré les frictions mercurielles.

4 semaines après le début de l'affection du premier œil le 2^e fut pris, au bout de 3 semaines la cornée commença à s'éclaircir par les bords.

Le trouble prit la forme d'un disque qui se transforma peu à peu en opacités diffuses et disparut complètement dans l'espace de 6 mois. La cornée ne se vascularisa pas et les symptômes réactionnels restèrent peu accusés et ne se traduisirent du côté de l'iris que par une réaction très faible aux mydriatiques.

OBSERVATION LII

(Siegrist Die Verletzung des Auges und ihre Behandlung Korrepondenz bl. f. Schweizer Aerzte, 1906 n° 44)

Une fillette de 5 ans hérédosyphilitique est blessée par un éclat de bois à l'œil gauche. Il se produit un ulcère cornéen qui guérit rapidement sans complications. Mais 8 jours après se développe une kératite interstitielle, et l'œil droit fut atteint 4 jours après le premier.

OBSERVATION LIII

(Faith. Journ. of. ophth. 1906)

Un enfant hérédosyphilitique est blessé à l'œil droit par un éclat de verre. Après la guérison de la plaie cornéenne se développe une kératite parenchymateuse typique, et six semaines après, l'œil gauche est atteint de la même affection.

OBSERVATION LIV

(Hæber. Thèse Zurich. 1909)

Un homme de 27 ans chez lequel on n'a pu relever aucun signe de dyscrasie, reçoit le 25 septembre 1904 un corps étranger dans l'œil droit. Le corps étranger est enlevé par un ouvrier, mais l'œil est soigné par un médecin qui affirme que l'ulcération produite fut guérie en quelques jours. Quelques jours après le malade avait une kératite parenchymateuse de l'œil droit, constatée par le Dr Ritz-

man. Deux mois après, l'œil gauche présentait la même affection. Ce malade fut examiné par Haab, qui conclut ceci : jusqu'à l'accident les cornées n'étaient pas malades, mais une blessure, de quelque nature qu'elle soit, n'a pas pu causer seule l'inflammation des deux côtés ; celle-ci n'a pu se produire que par suite d'une prédisposition du sujet. La lésion, en proportion légère peut avoir occasionné l'éclosion de la kératite des deux yeux ; mais la cause primordiale réside certainement dans l'état général du sujet, bien que l'on n'ait pu trouver aucun stigmate net de dyscrasie chez ce malade.

OBSERVATION LV

(Leplat. Journ. méd. Bruxelles, 1907)

Il s'agit d'un houilleur atteint sur la cornée droite par un coup de sa pioche. Le médecin du charbonnage a extrait une paillette de fer, mais pas la rouille qui resta sur la cornée. Un ouvrier essaya de l'enlever avec un morceau de bois. L'œil s'enflamma. Le blessé se présenta 9 jours après l'accident à M. Leplat qui constata en bas et en dedans, à un millimètre du limbe, un ulcère infiltré de 2 millimètres de diamètre.

Aucun signe de syphilis ni de scrofulose.

Le traitement médical était inactif ; il fallut deux fois cautériser l'ulcère au galvano-cautère. Vingt jours après, auréole demi-circulaire bordant l'ulcère du côté central de la cornée. Elle était constituée par une infiltration interstitielle de la cornée, séparée de l'ulcère par un fin liseré transparent. Cinq jours plus tard la plaie était comblée, mais l'infiltration s'étendait jusqu'au centre

cornéen en même temps qu'un pinceau de vaisseaux profonds s'avançaient de la partie inféro-interne du limbe en passant sous l'ulcère. La cornée s'infiltra entièrement en même temps que la vascularisation se développait, puis peu à peu elle s'éclaircit en commençant par les parties voisines de l'ulcère. Le deuxième œil resta intact.

OBSERVATION LVI

(Plange Congrès, Dusseldorf, 1905.)

Chez une jeune fille de 20 ans atteinte d'iritis séreuse de l'œil gauche, Plange, de Munster, pratiqua une paracenthèse à cause de l'hypertension, aussitôt après irritation de l'œil. Le lendemain, les bords de la plaie étaient atteints d'un trouble léger grisâtre. Le trouble s'étendit vers le centre de la cornée et au bout de 2 semaines l'envahit presque entièrement.

Guérison après 3 semaines de traitement.

L'autre œil resta sain. La malade avait quelques ganglions cervicaux.

OBSERVATION LVII

(Ronnaux, thèse Paris 1903)

B.... 22 ans, travaillant dans l'arsenal de Puteaux, est blessé par des éclats de verre à l'œil gauche. Il les fait enlever à l'Hôtel-Dieu où on lui prescrit du protargol et de l'atropine. Le malade ne revient plus à l'Hôtel-Dieu mais comme l'irritation persiste il se présente à la clinique de Galezowski.

Antécédents: père et mère bien portants; a perdu deux

frères à 13 et 19 ans, probablement de tuberculose. Un de ses frères a eu de la kératite interstitielle, lui-même n'en a pas eu, mais il présente des signes d'hérédosyphilis : dents de Hutchinson, palais ogival, ganglions cervicaux hypertrophiés.

A l'examen kératite interstitielle diffuse de l'œil gauche, mais avec de petits noyaux périphériques très isolés. Légère choroïdite à la partie inférieure et externe.

Traitement : atropine, frictions mercurielles. L'état reste stationnaire pendant plusieurs semaines, la vascularisation profonde s'organise mais la résolution se fait difficilement.

L'acuité visuelle qui est de 0,1 passe un mois après à $1/4$ avec un cylindre de -2 .

Le malade ne se présente plus à la clinique, l'autre œil est jusque-là resté sain.

OBSERVATION LVIII

(Ronnaux, thèse Paris 1908)

H. C..., 18 ans, tourneur, présentant le type facial de la syphilis héréditaire et les dents de Hutchinson n'a jamais eu de kératite interstitielle. Il reçoit dans l'œil gauche un grain d'acier qu'il fait retirer. 8 jours après il présente une infiltration parenchymateuse périphérique.

L'autre œil reste sain.

OBSERVATION LIX

(Brenner. A. h. T. Dermat. 1891)

Jeune fille de 14 ans, présentant des signes d'hérédosyphilis reçoit un corps étranger dans l'œil gauche et est

atteinte 6 jours après de kératite interstitielle, 6 mois après l'œil droit se prend à son tour.

Guérison par frictions mercurielles et iodure de potassium.

OBSERVATION LX

(Asmus Zeitsch f. ophth. 1909)

Asmus rapporte l'observation d'un blessé qui après avoir reçu un grain d'acier dans un œil fut atteint de kératite interstitielle de l'œil traumatisé puis de l'autre.

Le malade était syphilitique et c'est à la syphilis qu'Asmus attribue l'affection car son observation est publiée sous le titre suivant : « keratite bilatérale parenchymateuse d'origine syphilitique après un traumatisme monolatéral. »

Nous voici enfin arrivés à la dernière série. Elle comprend 21 observations, dont 10 chez des sujets porteurs d'une tare antérieure et 11 chez des sujets paraissant sains.

Dans le premier groupe l'affection fut 7 fois bilatérale, 3 fois unilatérale; dans le 2^e, 3 fois bilatérale, 8 fois unilatérale.

L'influence de l'état antérieur que nous avons déjà signalée se retrouve donc ici.

Nous commencerons par les 3 observations qui coexistent avec un état dyscrasique antérieur du sujet, ce sont, la 45^e, la 57^e et la 58^e.

Les 8 dernières sont, les 40^e, 41^e, 42^e, 43^e, 44^e, 46^e, 55^e et 56^e.

Dans les 3 premières l'influence du traumatisme ne peut pas être niée. La kératite a apparu quelques jours après l'accident, le médecin l'a vue se produire sous ses yeux, mais comme dans les 3 cas il s'agit de sujets nettement hérédosyphilitiques, nous pensons que l'accident n'a été que l'occasion qui a réveillé la diathèse antérieure.

Les 8 dernières sont très intéressantes : elles surviennent toutes chez des sujets âgés, la moyenne est en effet de 28 ans. Nous sommes ici loin de l'âge moyen de la kératite spontanée.

Le traumatisme est bien constaté puisque dans tous les cas il y a eu lésion érosive, ulcération ou corps étrangers de la cornée.

L'état de la cornée avant l'accident n'a pas pu être constaté, mais le début de la maladie, quelques jours après l'accident, nous donne toutes les garanties voulues.

De plus aucun malade n'est atteint d'une diathèse quelconque et n'a jamais eu mal à l'œil, sauf celui du n° 42 qui trois ans auparavant, à la suite d'un accident analogue, avait fait une kératite interstitielle de l'autre œil.

Cette coïncidence nous paraît suspecte, aussi croyons-nous à l'existence chez ce malade, d'une dyscrasie antérieure de nature d'ailleurs inconnue, qui s'est réveillée deux fois à la suite d'un accident semblable.

L'observation 44 d'Antonelli est très intéressante

parce qu'il a noté que le début de l'opacification s'est produit autour de l'ulcération, pour envahir ensuite le reste de la cornée.

Même constatation dans l'observation de Leplat.

Il est dommage que dans les autres cas, les auteurs n'aient pas indiqué clairement en quel point de la cornée débutait l'infiltration. Quand elle débute au niveau de la lésion et non point sur le bord comme dans la kératite spontanée, l'action du traumatisme ne peut pas être plus manifeste.

L'observation 56, n'est pas caractéristique. A la suite d'une ponction, il y a bien eu infiltration de la cornée commençant aux bords de la plaie, mais cette infiltration n'a pas évolué comme la kératite interstitielle typique, puisqu'elle a disparu après 3 semaines de traitement.

Nous avons donc dans ce groupe, 6 kératites interstitielles traumatiques typiques, dans lesquelles le trauma semble avoir été seul en cause. Dans l'observation 42 nous pensons qu'il n'a été que l'occasion du début de la maladie.

Si nous rapprochons maintenant les résultats que nous avons trouvés dans les quatre séries d'observations nous remarquons :

1^o que dans les deux premières, sur 30 observations, une seulement a été retenue comme kératite traumatique.

2^o que sur ces 30 malades, 19 sont atteints nettement d'une dyscrasie antérieure, ce qui prouve l'importance de l'état antérieur et,

3^o qui cadre bien avec le peu de gravité des traumatismes incriminés.

Dans les deux derniers groupes, nous avons fait des remarques bien différentes :

1^o Sur 30 cas également, 8 sont retenus comme kératites traumatiques vraies.

2^o dans 16 cas, nous n'avons pas trouvé de tare antérieure nette.

3^o cet élément pathologique cède ici le pas au traumatisme qui a pris une forme grave.

Nous résumons ces résultats dans le tableau suivant :

Du fait que ce sont les blessures directes de la cornée qui donnent lieu le plus souvent à des kératites interstitielles, il ne faudrait pas conclure que c'est là une complication fréquente de ces accidents.

Nous avons fait le relevé du nombre de blessés soignés à la clinique du Dr Jocqs depuis 10 ans.

Sur ce nombre total de 4813 malades, nous trouvons 3013 affections de la cornée, 1359 conjonctivités et 441 cas divers. Or sur ces 4813 malades, nous avons eu un seul cas de kératite interstitielle vraiment traumatique (observat. 39), chez un ouvrier qui avait reçu des poussières de plâtre dans l'œil. Et encore cette observation n'est-elle pas tout à fait caractéristique, elle est sujette à discussion puisque le malade n'a été vu que deux mois après son accident.

Nous avons fait d'autre part le relevé de : blessés des employés de chemins de fer de l'Etat. Cette statistique est très intéressante, car la visite ophtalmologique que ces blessés ont passée avant de rentrer dans l'administration donne toutes les garanties voulues sur leur état antérieur. Nous avons pris seulement les cas de blessures directes de la cornée. Sur 404 cas nous avons trouvé 360 corps étrangers, 83 érosions, et 61 ulcérations. Ces malades ont été suivis depuis leur accident jusqu'à leur complète guérison, or, jamais nous n'avons vu apparaître une kératite interstitielle.

Cette complication est donc extrêmement rare.

Peut-être faudrait-il même être plus sévère que nous ne l'avons été dans la critique de nos 60 observations.

Le nombre de 9 kératites traumatiques que nous avons admis; devrait être encore diminué.

Notre maître, le Dr Jocqs nous a fait remarquer qu'en effet le plus souvent le médecin ne voit le blessé que lorsque la kératite a fait son apparition et se trouve à une période plus ou moins avancée de son évolution. C'est le cas particulièrement pour les observations 39, 40 et 43.

Les observations qui sont à l'abri de toute critique sont celles où le médecin a vu le blessé tout de suite après son accident, a constaté la lésion cornéenne due au traumatisme et a vu la kératite évoluer sous ses yeux, commençant au niveau du point blessé comme dans les observations 44 d'Antonelli et 55 de Leplat. Mais ces cas sont très rares et l'origine purement traumatique de plusieurs kératites est encore discutable.

Nous souhaitons que les auteurs donnent désormais des observations plus complètes et plus précises dans lesquelles ils indiqueront clairement si les conditions que nous avons formulées dans notre travail ont été bien remplies.



CONCLUSIONS

1° On peut constater, à la suite d'un traumatisme oculaire, le développement d'une kératite interstitielle.

Quand la kératite est bilatérale, le traumatisme n'a été que la cause occasionnelle ou une simple coïncidence, le grand facteur de la maladie étant l'état antérieur du sujet.

Quand elle reste unilatérale, avant de conclure à l'origine traumatique il faut s'assurer :

A) De l'intégrité absolue de l'œil avant l'accident incriminé.

B) De l'existence réelle de l'accident.

C) Du développement de la maladie de 3 à 8 jours après l'accident, sauf dans les cas d'ulcération cornéenne où ce délai doit être retardé.

A côté de ces trois conditions, qui sont indispensables, on pourra très utilement s'aider encore des éléments suivants :

A) Apparition de l'affection à un âge avancé.

B) Début au niveau du point blessé.

C) Evolution rapide.

2° Le traumatisme a une action différente suivant sa forme.

A) La simple entrée de poussières dans l'œil ne suffit pas pour produire une kératite interstitielle traumatique, il faut une prédisposition du sujet.

B) La contusion du globe oculaire sans lésion cornéenne est le plus souvent une simple coïncidence ou la cause occasionnelle; il semble toutefois qu'elle puisse être cause efficiente, mais dans des cas très rares, et pour lesquels il faudra s'entourer de toutes les garanties possibles.

c) Les formes de traumatisme vraiment susceptibles de produire la kératite interstitielle sont d'abord les brûlures par acide, alcali, plâtre, ciment, chaux, etc., et surtout le traumatisme direct de la cornée produisant une érosion, une plaie ou une ulcération.

Vu : le Président de thèse,

DE LAPERSONNE.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

AMAT. — Dr Martin Manuel). Kératites parenchymateuses. (Thèse de la Faculté de Médecine de Madrid, 1908).

ANTONELLI. — Syphilis et Traumatismes oculaires. (Bulletins et Mémoires de la Société française d'ophtalmologie 1910).

ARMAIGNAC. — Traumatisme et Kératite diffuse. (Annales d'Oculistique, t. cxvi, p. 382. 1896, p. 480).

ARMAIGNAC. — Un cas de Kératite parenchymateuse d'apparence sympathique après un traumatisme de l'œil. Conséquences médico-légales. (Bulletin et Mémoires de la Société française d'opht. 1900).

ASMUS. — Kératite parenchymateuse bilatérale d'origine syphilitique, après un traumatisme mono-latéral. (Zeitschr. f. angew. med. xxii. p. 335. 1909).

BERITCHE. — Über die 33. Versammlung d. opht. Gesell. Heidelberg.

- BADET. — Kératites parenchymateuses traumatiques unilatérales et bilatérales. Thèse de Lyon, 1910.
- BIETTI. — Contributo clinico allo studio della keratis disciformis ed alla questione di una cheratite parenchymatosa traumatica. (Arch. di ophth. volume X, 1903).
- BRENER. — Zur Beitrag von der parenchymatosen keratitis. Inaug. dissert. Giessen, 1901.
- BRONNER. — Concussion of the cycdall giving rise to acute local symptoms latent syphilis. (Transact of the soc. X, 1890, p. 199.)
- BREDJSKI. — Eine beitrage zur Lehre von der parenchymatosen. Keratitis. Inaug. Dissert. Giessen, 1909.
- CAMPBELL. — Acute interstitial keratitis brought on by and injury. Med. Press. Ref. ophth. 1907, p. 632.
- V. CHALUPECKI. — Seltene traumatische erkrankungen der Hornhaut. Wiener klini. Rundschau, 1910, nos 9, 10, 11 et 12.
- GZAPODI. — Ungar. Med. Presse 1896, n° 5.
- DEMARIA. — Importancia del traumatismo en la queratitis interstitial. Anales de oftalmologia 1907, n° 11.
- DESVAUX. — Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse. Th. de Paris, 1898.
- DREYER. — Syphilis und trauma. Monatschr f. Unfallhulkun de 1899, u° 19.

- DODD. — Interstitial keratitis and its relations to injury.
The ophthalmoscope 1904, p. 176.
- EUSLIN. — Keratitis parenchymatosa und trauma. Zeitschr
f. Angênheilk, 1909, vol. xv, p. 227.
- FAITH. — Interstitial keratitis excited by traumatisme. Americ.
Journ, of ophthalm, 1906, vol. xxii, n° 6.
- GUILLERY. — Das trauma als veranlassung einer kôutit.
Augener krankung. klin. monats, 1905.
- V. HIPPEL. — Über die bedennung des trauma in der Atio-
logie der karatitis parenchymatosa. Berichte ueber
die 33. Versammlung der ophth. CEsellsch
Heidelberg.
- HÖBER MARX. — Ueber Keratitis parenchymatosa nach
verletzung. Inaug. Dissert. Zurich, 1909.
- IGERSHERNIER. — Deutsch. méd. Woch. 19 mai 1910.
- JOSE DE J. GONZALEZ. — Influence du traumatisme dans
l'apparition de la kératite interstitielle. Analess de
ophth. Octobre 1910.
- LEPLAT. — Kératite parenchymateuse d'origine traumati-
que. Journ, méd. Bruxelles, 1907, vol. xlv.
- MOREAU. — Double kératite interstitielle traumatique.
Loire médicale, 15 sept. 1910.
- MORAX. — Lésions cornéennes dans la syphilis. Encyclo-
pédie française d'ophtalmologie, tome V, p. 943.
- OHM. — Beitrag zur keratitis parenchymatosa traumatica
Wochaeuschr f. Ther. und Hygiène des Auges,
1905, nov., n° 5.

PERLIA. — Ueber die traumatische keratitis parenchymatosa. Klin monatsbl. Augenheilk, 1907, vol. XLV.

PFALZ. — Ueber doppelseitige keratitis parenchymatosa (sympathica ?) nach oberflächlicher Hornhautverletzung eines Auges. Congrès de Heidelberg, 1906, page 101.

PLANGE. — Klin. Monatsbl. f. Augenheilk, vol. XLIII, 1905.

RONNAUX. — Du traumatisme dans la kératite interstitielle et son rapport avec les accidents du travail. Th. Paris, 1908.

SCHEFFELS. — Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. vol. XLIII, 1905.

SIEGRIST. — Die Verletzung des Auges und ihre Behandlung, korrespondenz bl. f. schweizer Aerzte 1906 n° 11.

SCHMIDT RIMPLER. — Sur la kératite interstitielle d'origine traumatique (Société des médecins de Halle, 13 février 1907).

TERLINCK. — Les kératites parenchymateuses postraumatiques, clinique ophtalmologique 1906, n° 3 p. 55.

TERRIEN. — Valeur du traumatisme dans la genèse de la kératite interstitielle, Communication au congrès de la société française d'ophtalmologie, mai 1911.

